

Организация работы женской консультации диспансерное наблюдение беременных

Женская консультация (ЖК) является подразделением поликлиники, МСЧ или родильного дома, оказывающим амбулаторную лечебно-профилактическую, акушерско-гинекологическую помощь населению.

Основными *задачами* женской консультации являются:

- оказание квалифицированной акушерско-гинекологической помощи населению прикрепленной территории;
- проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение осложнений беременности, послеродового периода, предупреждение гинекологических заболеваний;
- оказание женщинам социально-правовой помощи в соответствии с законодательством об охране здоровья матери и ребенка;
- внедрение в практику работы современных методов профилактики, диагностики и лечения беременных и гинекологических больных;
- внедрение передовых форм и методов амбулаторной акушерско-гинекологической помощи.

В соответствии с основными задачами женская консультация должна осуществлять:

- организацию и проведение санитарно-профилактической работы среди женщин;
- профилактические осмотры женского населения;
- проведение работы по контрацепции для предупреждения не планируемой беременности;
- обеспечение *преемственности* в обследовании и лечении беременных, родильниц и гинекологических больных между женской консультацией и родильным домом, детской консультацией, другими лечебно-профилактическими учреждениями (консультация “Семья и брак”, консультативно-диагностические центры, медико-генетические консультации).

Важной задачей врача женской консультации является взятие на учет беременных и осуществление лечебных мероприятий беременным, включенным в группу риска.

Деятельность консультации строится по *участковому принципу*. Акушерско-гинекологический участок рассчитан на 6000 женщин, проживающих на территории деятельности данной консультации. На каждом из них до 25% женщин находятся в репродуктивном возрасте (от 15 до 49 лет). Режим работы женской консультации установлен с учетом безотказного обеспечения амбулаторной акушерско-гинекологической помощью женщин в их не рабочее время. Один день в неделю выделен врачу для оказания помощи и профилактических осмотров работниц прикрепленных промышленных предприятий, территориально расположенных на участке врача или для специализированного приема.

СТРУКТУРА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ: регистратура, кабинеты врачей акушеров-гинекологов для приема беременных, родильниц, гинекологических больных, манипуляционная комната, физиотерапевтический кабинет, где проводят лечебные процедуры, кабинеты терапевта, стоматолога, венеролога и юриста для консультаций по социально-правовым вопросам. Организованы кабинеты специализированного приема для женщин, страдающих бесплодием, невынашиванием беременности, для консультаций по вопросам контрацепции, патологии пременопаузального, климактерического и постменопаузального периодов, лаборатория, кабинет УЗИ.

Регистратура женской консультации обеспечивает предварительную запись на прием к врачу на все дни недели при личном посещении или по телефону.

Врач участка, кроме приема в женской консультации оказывает помощь на дому беременным, родильницам, гинекологическим больным, которые по состоянию здоровья не могут сами явиться в женскую консультацию. Если врач находит нужным, он активно посещает больную или беременную на дому без вызова (*патронаж*).

Санитарно-просветительную работу проводят врачи и акушерки по плану. Основные формы этой работы: индивидуальные и групповые беседы, лекции, ответы на вопросы с использованием аудио- и видеокассет, радио, кино, телевидения.

Правовую защиту женщин осуществляют юрисконсульты женской консультации, которые вместе с врачами выявляют женщин, нуждающихся в правовой защите, читают лекции, проводят беседы по основам российского законодательства о браке и семье, льготам трудового законодательства для женщин.

Одной из главных задач женской консультации является выявление предраковых заболеваний, профилактика онкологических заболеваний. Существуют три вида профилактических осмотров: *комплексные, целевые, индивидуальные*. Профилактические осмотры женского населения проводят с 20-летнего возраста, два раза в год с обязательным цитологическим и кольпоскопическим обследованиями.

НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ

Главная задача женской консультации - *диспансеризация беременных*. Срок взятия на учет - до 12 недель беременности. При первом посещении заполняют "*Индивидуальную карту беременной и родильницы*" (форма 111у), в которой записывают все данные опроса, обследования, назначения при каждом посещении. После клинического и лабораторного обследования (до 12 недель) определяют принадлежность каждой беременной к той или иной группе риска. Для количественной оценки факторов риска следует пользоваться шкалой "Оценка пренатальных факторов риска в баллах" (приказ №430).

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Выявляют гинекологические заболевания при посещении женщинами женской консультации, на профилактических осмотрах в женской консультации или предприятиях, смотровых кабинетах поликлиник. На каждую женщину, первично обратившуюся в женскую консультацию, заводят "*Медицинскую карту амбулаторного больного*" (форма 025у). При наличии показаний для диспансеризации, заполняют "*Контрольную карту диспансерного наблюдения*" (форма 030у).

ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ НА ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ

Врачи акушеры-гинекологи женской консультации проводят на предприятиях, прикрепленных к консультации, комплекс лечебно-профилактической работы. Для проведения этой работы врачу отводят один день в неделю. В настоящее время в женской консультации выделяют акушера-гинеколога для работы с предприятиями из расчета один врач на 2000-2500 женщин.

На предприятии акушер-гинеколог проводит:

- профилактические осмотры женщин;
- углубленный анализ гинекологической заболеваемости;
- исходов беременности и родов;
- ведет прием гинекологических больных; контролирует работу комнаты личной гигиены;
- изучает условия труда женщин на предприятии;
- участвует в работе по улучшению условий труда работниц.

ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Выездная женская консультация является регулярно действующим филиалом женской консультации центральной районной больницы (ЦРБ) и создана для оказания врачебной акушерско-гинекологической помощи сельскому населению.

На сельском *фельдшерско-акушерском пункте* (ФАП) доврачебной помощи работа акушерки направлена в основном на раннее взятие на учет и систематическое наблюдение беременных с целью предупреждения осложнений беременности, проведения санитарно-просветительной работы. Периодическое врачебное обследование женщин на ФАП осуществляют врачи женской консультации районной больницы (РБ) или центральной районной больницы (ЦРБ), а также врачи выездной бригады ЦРБ в составе акушера-гинеколога, терапевта, стоматолога и лаборанта. Главная задача выездной женской консультации - диспансерное наблюдение беременных и оказание помощи больным с гинекологическими заболеваниями.

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Анализ работы проводят по следующим разделам деятельности женской консультации: общие данные по консультации, анализ профилактической деятельности, акушерская деятельность. Анализ акушерской деятельности включает: отчет о медицинской помощи беременным и родильницам (вкладыш № 3): раннее (до 12 недель) взятие на диспансерное наблюдение беременных, осмотр беременных терапевтом, осложнения беременности (поздние гестозы, заболевания, не зависящие от беременности), сведения о новорожденных (родились живыми, мертвыми, доношенными, недоношенными, умершие), перинатальная смертность, смертность беременных, рожениц и родильниц (материнская смертность).

НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ

ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ

Наблюдение беременных является главной задачей женской консультации. От качества амбулаторного наблюдения во многом зависит исход беременности и родов.

● **Ранний охват беременных врачом наблюдением.** Женщина должна быть взята на учет при сроке беременности до 12 недель. Это позволит своевременно диагностировать экстрагенитальную патологию и решить вопрос о целесообразности дальнейшего сохранения беременности, рациональном трудоустройстве, установить степень риска и при необходимости обеспечить оздоровление беременной. Установлено, что при наблюдении женщин в ранние сроки беременности и посещениях ими врача 7-12 раз уровень перинатальной смертности в 2-2,5 раза ниже, чем у всех беременных в целом, и в 5-6 раз ниже, чем при посещении врача в сроке беременности после 28 недель. Таким образом, санитарно-просветительная работа в сочетании с квалифицированным врачом наблюдением – основной резерв для увеличения числа женщин, обращающихся к врачам в ранние сроки беременности.

● **Взятие на учет.** При взятии беременной на учет независимо от срока беременности врач женской консультации обязан: ознакомиться с амбулаторной картой (или выпиской из нее) женщины из поликлинической сети для выявления

● **Своевременное (в течение 12-14 дней) обследование.** Эффективность раннего взятия беременной на учет будет полностью нивелирована, если в минимальные сроки не обследовать беременную по полной программе. В результате обследования определяют возможность вынашивания беременности и степень риска, а также вырабатывают план ведения беременности.

● **Дородовый и послеродовой патронаж.** *Дородовый патронаж* осуществляет участковая акушерка в обязательном порядке дважды: при взятии на учет и перед родами и, кроме того, проводится по мере необходимости (для вызова беременной к врачу, контроля назначенного режима и т.п.). *Послеродовой патронаж.* В течение первых 3 суток после выписки из родильного дома женщину посещают работники женской консультации – врач (после патологических родов) или акушерка (после нормальных родов). Для обеспечения своевременного послеродового патронажа женская консультация должна иметь постоянную связь с родильными стационарами.

● **Своевременная госпитализация женщины в течение беременности и до родов.** При возникновении показаний экстренная или плановая госпитализация беременной является главной задачей врача женской консультации. Своевременная госпитализация позволяет снизить перинатальную смертность в 8 раз по сравнению с группой женщин, подлежащих стационарному лечению, но своевременно не госпитализированных.

● **Наблюдение беременных** должны осуществлять в следующие сроки: в первую половину беременности – 1 раз в месяц; с 20 до 28 недель – 2 раза в месяц; с 28 до 40 недель – 1 раз в неделю (10-12 раз за время беременности). При выявлении соматической или акушерской патологии частота посещений возрастает. При неявке женщины к врачу в течение 2 дней после очередного срока необходимо провести патронаж и добиться регулярного посещения консультации.

● **Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам 100% беременных.** Занятия в "Школе матерей".

● **Аntenатальная профилактика рахита** (витамины, ультрафиолетовое облучение).

● **Профилактика гнойно-септических осложнений**, включающая обязательно урологическую и ЛОР-санацию.

ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ

При взятии на учет врач обследует беременную и записывает результаты в индивидуальную карту беременной.

Паспортные данные:

➤ **Фамилия, имя, отчество, серия и номер паспорта.**

➤ **Возраст.** Для первородящих определяют возрастную группу: юная первородящая – до 18 лет, пожилая первородящая – 26-30 лет, старая первородящая – свыше 30 лет.

➤ **Адрес** (согласно прописке и тот, где женщина проживает фактически).

➤ **Профессия.**

При наличии *профессиональной вредности* с целью исключения неблагоприятного влияния производственных факторов на организм беременной и плод следует немедленно решить вопрос о рациональном трудоустройстве женщины. Если по месту работы имеется медсанчасть, сведения о беременных передают цеховым врачам – терапевту и гинекологу – с рекомендациями женской консультации, а из медсанчасти запрашивают выписку из амбулаторной карты женщины. В дальнейшем женщину наблюдает врач женской консультации, но врачи медсанчасти обеспечивают антенатальную охрану плода (гигиенические мероприятия, ультрафиолетовое облучение, лечебная гимнастика до 30 недель беременности). Несмотря на то, что многие предприятия имеют медсанчасти, более целесообразно наблюдать беременных по месту жительства. Это обеспечивает более качественное и квалифицированное наблюдение и уменьшает число осложнений во время беременности и родов.

При первом обращении беременной в консультации на нее заводят "*Индивидуальную карту беременной и родильницы*", куда заносят данные подробно собранного анамнеза, включая семейный анамнез, перенесенные в детстве и зрелом возрасте общие и гинекологические заболевания, операции, переливания крови, особенности менструальной, половой и генеративной функции.

АНАМНЕЗ

Анамнез помогает врачу выяснить условия жизни, влияние перенесенных общесоматических и инфекционных заболеваний (рахит, ревматизм, скарлатина, дифтерия, вирусный гепатит, тифы, туберкулез, пневмония, болезни сердца, почек), заболеваний половых органов (воспалительные процессы, бесплодие, нарушение менструальной функции, операции на матке, трубах, яичниках), бывших беременностей и родов на развитие настоящей беременности.

Семейный анамнез дает представление о состоянии здоровья членов семьи, проживающих вместе с беременной (туберкулез, алкоголизм, венерические заболевания, злоупотребление курением), и наследственности (многоплодные беременности, сахарный диабет, онкологические заболевания, туберкулез, алкоголизм).

Необходимо получить сведения о перенесенных женщиной заболеваниях, особенно о краснухе, хроническом тонзиллите, болезнях почек, легких, печени, сердечно-сосудистой системы, эндокринной патологии, повышенной кровоточивости, операциях, переливаниях крови, аллергических реакциях и др.

Акушерско-гинекологический анамнез должен включать сведения об особенностях менструальной и генеративной функций, в том числе о количестве беременностей, интервалах между ними, многоводии, многоплодии, продолжительности, течении и их исходе, осложнениях в родах, после родов и аборт, массе новорожденного, развитии и здоровье имеющихся в семье детей, использовании контрацептивных средств. Необходимо уточнить возраст и состояние здоровья мужа, его группу крови и резус-принадлежность, а также наличие профессиональных вредностей и вредных привычек у супругов.

Объективное обследование проводят врач-акушер, терапевт, стоматолог, отоларинголог, окулист, при необходимости – эндокринолог, уролог.

При выявлении у беременной экстрагенитальной патологии терапевт должен решить вопрос о возможности вынашивания беременности и, в случае необходимости, произвести дополнительные исследования или направить беременную в стационар.

Стоматолог должен не только произвести осмотр, но и санацию полости рта. Акушер-гинеколог контролирует, как выполняются рекомендации специалистов при каждом посещении консультации беременной. При наличии высокой степени миопии, особенно осложненной, необходимо получить конкретное заключение окулиста о ведении или исключении второго периода родов. В случае показаний проводят медико-генетическое консультирование. Повторные осмотры терапевтом - в сроки 30 и 37-38 недель беременности, а стоматологом – в 24 и 33-34 недели.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

При взятии беременной на учет проводят общий анализ крови, определяют реакцию Вассермана, ВИЧ-инфекцию, группу крови и резус-принадлежность у обоих супругов, уровень сахара крови, общий анализ мочи, анализ выделений из влагалища на микрофлору, кала - на яйца гельминтов.

При наличии в анамнезе мертворождений, невынашивания следует определить содержание гемолитинов в крови беременной, установить группу крови и резус-принадлежность крови мужа, особенно, при определении резус-отрицательного типа крови у беременной или группы крови 0(I). Кроме того, нужно произвести реакцию связывания комплемента с токсоплазменным антигеном (мы считаем, что от внутрикожной пробы следует отказаться, так как она не является неспецифичной).

В дальнейшем *лабораторные исследования* проводят в следующие сроки:

➤ *общий анализ крови* – 1 раз в месяц, а с 30 недель беременности – 1 раз в 2 недели;

- анализ мочи в первой половине беременности - ежемесячно, а затем - 1 раз в 2 недели;
- уровень сахара в крови – в 36-37 недель;
- коагулограмма – в 36-37 недель; RW и ВИЧ – в 30 недель и перед родами;
- бактериологическое (желательно) и бактериоскопическое (обязательно) исследования выделений из влагалища – в 36-37 недель;
- ЭКГ – в 36-37 недель.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

В течение беременности следует измерять рост и массу тела женщины.

Определение **антропометрических показателей** является необходимым условием для диагностики ожирения, контроля увеличения массы тела беременной. Очевидно, что чем раньше женщина посетит консультацию, тем более достоверные данные получит врач.

При установлении повышенного артериального давления в ранние сроки беременности необходимо обследование для исключения или подтверждения гипертонической болезни. В поздние сроки беременности дифференциальная диагностика гипертонической болезни и позднего гестоза усложнена. Обязательно следует установить величины артериального давления до беременности, так как повышение его до 125/80 мм рт.ст. у женщин с гипотонией может быть симптомом, характерным для нефропатии.

Осмотр беременной включает оценку ее телосложения, степени развития подкожной основы, определение видимых отеков, состояния кожных покровов и слизистых оболочек, молочных желез.

Наружное и внутреннее акушерское исследование включает измерение таза, определение состояния половых органов и, начиная с 20 недель беременности, измерение, пальпацию и аускультацию живота.

При первом **влагалищном исследовании**, которое производят два врача, помимо определения величины матки, необходимо установить наличие экзостозов в малом тазу, состояние тканей, наличие аномалий развития половых органов. Кроме того, измеряют высоту лона (4 см), так как при наличии высокого лобкового симфиза и наклонном его положении к плоскости входа емкость таза уменьшается.

Пальпация живота позволяет определить состояние передней брюшной стенки и эластичность мышц. После увеличения размеров матки, когда становится возможной наружная ее пальпация (13-15 недель), можно определить тонус матки, величину плода, количество околоплодных вод, предлежащую часть, а затем, по мере прогрессирования беременности, - членорасположение плода, положение его, позицию и вид. Пальпацию проводят, используя 4 классических акушерских приема (по Леопольду).

Аускультацию тонов сердца плода проводят с 20 недель беременности. Следует указать, что даже четкое определение ритмичных шумов до 19-20 недель беременности не свидетельствует о наличии сердечных тонов, поэтому фиксировать в карте наблюдения сердцебиения плода до указанного срока нецелесообразно. Сердцебиение плода определяется акушерским стетоскопом в виде ритмичных двойных ударов с постоянной частотой 130-140 в минуту, а также с помощью аппаратов УЗИ и доплерометрии.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, ДОРОДОВОГО И ПОСЛЕРОДОВОГО ОТПУСКА

Определение срока беременности и предполагаемой даты родов является чрезвычайно важным фактором, обеспечивающим своевременность диагностических, профилактических и лечебных мероприятий в зависимости от принадлежности женщин к определенным группам риска.

В соответствии с законодательством работающим женщинам независимо от стажа работы предоставляется отпуск по беременности и родам продолжительностью 140 (70 календарных дней до родов и 70 – после родов) дней. В случае осложненных родов – 86, а при рождении 2 детей и более – 110 календарных дней после родов.

Задача женской консультации – проявить максимальную объективность при определении срока родового и выдаче послеродового отпусков. Первый осмотр женщины в консультации должны проводить два врача для более квалифицированного заключения о сроке беременности. Если женщина согласна с установленным сроком, следует зарегистрировать это в карте наблюдения беременной. При возникновении разногласий необходимо немедленно определить срок беременности, используя все имеющиеся методы.

УЗИ во время беременности производят в динамике. Первое – в сроке до 12 недель – для исключения нарушений в системе мать-плацента; второе – в сроке 18-24 недели с целью диагностики врожденных пороков развития плода; третье – в сроке 32-34 недели для биометрии плода и выявления соответствия его физических параметров гестационному возрасту (признаки внутриутробной задержки развития плода).

ФИЗИОПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ

В комплексе физиопсихопрофилактической подготовки беременных к родам входит гигиеническая гимнастика, которой рекомендуется заниматься ежедневно или через день с ранних сроков беременности под руководством инструктора лечебной физкультуры либо специально обученной медицинской сестры. Беременных после первичного обследования акушер-гинеколог и терапевт направляют в кабинет физкультуры с указанием срока беременности и состояния здоровья. Группы формируются из 8-10 человек с учетом сроков беременности. Занятия проводят в утренние, а для работающих беременных дополнительно в вечерние часы. Физические упражнения делят на 3 комплекса соответственно срокам: до 16 недель, от 17 до 32 недель и от 33 до 40 недель. Каждый комплекс упражнений предусматривает обучение определенным навыкам, необходимым для адаптации организма к соответствующему периоду беременности. Занятия гимнастикой целесообразно завершать ультрафиолетовым облучением, особенно в осенне-зимний сезон. Если беременная не может посещать кабинет физкультуры, ее знакомят с комплексом гимнастических упражнений, после чего она продолжает гимнастику дома под контролем инструктора каждые 10-12 дней.

Больные беременные женщины выполняют лечебную гимнастику дифференцированно, с учетом основного заболевания. Противопоказана физкультура при острых или часто обостряющихся и декомпенсированных соматических заболеваниях, привычных выкидышах в анамнезе и угрозе прерывания данной беременности.

При подготовке к родам беременных не только знакомят с процессом родов, но и обучают упражнениям по *аутотренингу* и точечному *самомажжу* как факторам, развивающим и укрепляющим волевые способности человека к самовнушению. Методика организации и проведения занятий по психофизической подготовке беременных к родам представлена в методических рекомендациях МЗ СССР "*Физическая и психическая подготовка беременных к родам*" (1990, приложение № 2). Беременных обучают правилам личной гигиены и готовят к будущему материнству в "Школах материнства", организуемых в женских консультациях с использованием демонстративных материалов, наглядных пособий, технических средств и предметов ухода за ребенком. К посещению "Школы материнства" следует привлекать всех женщин с ранних сроков беременности. Беременным следует разъяснять важность посещения этих занятий. В консультации должна быть яркая информация о программе и времени проведения занятий. Непосредственными помощниками врачей при проведении занятий в "Школе материнства" являются акушерки и медицинские сестры по уходу за ребенком.

При проведении занятий по определенным дням недели целесообразно формировать группы численностью 15-20 человек, желательно с одинаковым сроком беременности. В группе могут быть беременные, находящиеся под наблюдением как одного врача, так и нескольких. Заведующая консультацией организует занятия, учитывая особенности местных условий, осуществляет контроль над работой "Школы материнства" и связь с территориальным центром здоровья для получения методической помощи и печатных материалов.

Учебный план "Школы материнства" предусматривает 3 занятия акушера-гинеколога, 2 педиатра и 1 юрисконсульта при его наличии. Учебный план и программа акушера-гинеколога в "Школе материнства" представлены в приложении. В целях информации акушерского стационара о состоянии здоровья женщины и особенностях течения беременности врач женской консультации выдает на руки беременной при сроке беременности 30 недель "*Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы*".

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ

Правильно организованное рациональное питание является одним из основных условий благоприятного течения беременности и родов, развития плода и новорожденного.

Питание в первой половине беременности почти не отличается от рациона здорового человека. Общая энергетическая ценность пищи должна колебаться в зависимости от роста, массы и характера трудовой деятельности беременной. В первой половине беременности увеличение массы не должно превышать 2 кг, а при дефиците массы – 3-4 кг. При ожирении беременная до 20 недель должна сохранить прежнюю массу или же похудеть на 4-6 кг (при ожирении II-III степени). Энергетическая ценность диеты для беременных до 16 недель, страдающих ожирением, не должна превышать 5024 кДж в сутки, а после 16 недель – 6113 кДж. Однако следует помнить, что полная женщина может похудеть за неделю не более чем на 1 кг, ибо чрезмерная потеря массы отрицательно скажется на состоянии ее здоровья.

Во второй половине беременности из рациона исключают мясные навары, острые и жареные блюда, пряности, шоколад, пирожные, торты, уменьшают количество поваренной соли. После 20 недель беременности женщине ежедневно следует потреблять 120 г мяса и 100 г рыбы в отварном виде. При необходимости мясо можно заменить сосисками или сардельками. Все виды продуктов нужно вносить в меню в определенной

дозе. Прежде считалось, что молочные продукты, фрукты и ягоды можно есть без ограничений. Однако избыток в рационе фруктов, особенно сладких, неминуемо приводит к развитию крупного плода в связи с большим количеством фруктового сахара, который быстро накапливается в организме. В суточный рацион беременной должно обязательно входить подсолнечное масло (25-30 г), содержащее незаменимые ненасыщенные жирные кислоты (линолевую, линоленовую и арахидоновую). Рекомендуется ежедневно съедать до 500 г овощей. Они малокалорийны, обеспечивают нормальную работу кишечника, содержат достаточное количество витаминов и минеральных солей.

Самым доступным методом контроля режима питания является регулярное взвешивание беременной. В оптимальных случаях во время беременности масса женщины увеличивается на 8-10 кг (на 2 кг в течение первой половины и на 6-8 кг – во время второй, следовательно, на 350-400 г в неделю). Эти нормативы не являются эталоном для всех. Иногда рожают крупных детей и при увеличении массы в течение беременности до 8 кг. Но, как правило, это бывает, когда женщина излишне прибавляет в массе.

Рекомендуют такие примерные нормы увеличения массы во время беременности с учетом конституции женщины: при первой беременности для женщин с астеническим телосложением – 10-14 кг, с нормальным – 8-10 кг, при склонности к полноте – 2-6 кг; при второй беременности – соответственно 8-10, 6-8 и 0-5 кг (в зависимости от степени ожирения).

Для эффективного контроля необходимо точно знать массу женщины до беременности или в ее ранние сроки (до 12 недель). Если у беременной масса соответствует росту, нет жалоб на повышенный аппетит, и она не рожала в прошлом детей с большой массой, ограничения в пище следует начинать после 20 недель беременности. При усиленном аппетите, чрезмерном увеличении массы, наличии в прошлом родов крупным плодом или родов, которые сопровождались осложнениями при массе ребенка 3700-3800 г, при ожирении, сужении таза нужно пересмотреть меню уже с 12-13 недель беременности и, прежде всего, ограничить углеводы и жиры.

ВЫДЕЛЕНИЕ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ В ГРУППАХ ПОВЫШЕННОГО РИСКА

Стратегия риска в акушерстве предусматривает выделение групп женщин, у которых беременность и роды могут осложниться нарушением жизнедеятельности плода, акушерской или экстрагенитальной патологией. Беременные, состоящие на учете в женской консультации, могут быть отнесены к следующим группам риска:

- с перинатальной патологией со стороны плода;
- с акушерской патологией;
- с экстрагенитальной патологией.

В 32 и 38 недель беременности проводят *балльный скрининг*, поскольку в эти сроки появляются новые факторы риска. Данные исследований свидетельствуют о росте группы беременных с высокой степенью перинатального риска (с 20 до 70%) к концу беременности. После повторного определения степени риска уточняют план ведения беременности.

С 36 недель беременности женщин из группы среднего и высокого риска повторно осматривает заведующий женской консультацией и заведующий акушерским отделением, в которое беременная будет госпитализирована до родов. Этот осмотр является важным моментом в ведении беременных из групп риска. В тех районах, где нет родильных отделений, беременных госпитализируют по графикам обл-, горздравотделов для профилактического лечения в определенные акушерские стационары. Поскольку дородовая госпитализация для обследования и комплексной подготовки к родам для женщин из групп риска является обязательной, то срок госпитализации, предположительный план ведения последних недель беременности и родов должны вырабатывать совместно с заведующим акушерским отделением.

Дородовая госпитализация в срок, определенный совместно врачами консультации и стационара, - последняя, но очень важная задача женской консультации. Своевременно госпитализировав беременную из групп среднего или высокого риска, врач женской консультации может считать свою функцию выполненной.

Группа беременных с риском возникновения перинатальной патологии. Установлено, что 2/3 всех случаев перинатальной смертности встречается у женщин из группы высокого риска, составляющих не более 1/3 общего числа беременных. На основе данных литературы, собственного клинического опыта, а также многоплановой разработки историй родов при изучении перинатальной смертности О.Г. Фролова и Е.Н. Николаева (1979) определили отдельные факторы риска. К ним отнесены только те факторы, которые приводили к более высокому уровню перинатальной смертности по отношению к этому показателю во всей группе обследованных беременных. Все факторы риска авторы делят на две большие группы: пренатальные (А) и интранатальные (В). *Пренатальные факторы* в свою очередь подразделяют на 5 подгрупп:

1. социально-биологические;
2. акушерско-гинекологического анамнеза;
3. экстрагенитальной патологии;
4. осложнений настоящей беременности;
5. оценки состояния внутриутробного плода.

Общее число пренатальных факторов составило 52.

Интранатальные факторы также были разделены на 3 подгруппы. Это факторы со стороны:

1. матери;
2. плаценты и пуповины;
3. плода.

Эта группа объединяет 20 факторов. Таким образом, всего было выделено 72 фактора риска.

Для количественной оценки факторов применена балльная система, дающая возможность не только оценить вероятность неблагоприятного исхода родов при действии каждого фактора, но и получить суммарное выражение вероятности всех факторов. Исходя из расчетов оценки каждого фактора в баллах, авторы выделяют следующие степени риска: высокую – 10 баллов и выше; среднюю – 5-9 баллов; низкую – до 4 баллов. Самая частая ошибка при подсчете баллов заключается в том, что врач не суммирует показатели, кажущиеся ему несущественными, считая, что незачем увеличивать группу риска.

Выделение группы беременных с высокой степенью риска позволяет организовать интенсивное наблюдение за развитием плода от начала беременности. В настоящее время имеется много возможностей для определения состояния плода (определение эстриола, плацентарного лактогена в крови, амниоцентез с исследованием околоплодных вод, ФКГ и ЭКГ плода и т.д.).

ПРОГРАММА

санитарно-просветительных занятий с беременными акушера-гинеколога в "Школе материнства"

Занятие 1

Жизнь до рождения

1. Краткие сведения о строении и функционировании половой системы.
2. Женские и мужские половые клетки.
3. Зарождение новой жизни.
4. Факторы риска беременности.
5. Медицинское наблюдение за развитием беременности.

Занятие 2

Гигиенические правила в период беременности

1. Изменение стиля жизни.
2. Питание – как важный фактор для правильного развития беременности.
3. Личная гигиена.
4. Гигиеническая гимнастика
5. Психо-эмоциональная эволюция женщины во время беременности.

Занятие 3

Подготовка к "родам без страха"

1. Календарные сроки наступления родов.
2. Предвестники родов.
3. Подготовка к поступлению в родильный дом.
4. Периоды родов и их продолжительность.
5. Управление родами.
6. Рождение ребенка и первые часы после родов.
7. Лечебная гимнастика в послеродовом периоде.
8. Информация о помощи юриконсульта по защите прав материнства.